Über

Sehstörungen durch Autosuggestion

insbesondere bei Schulkindern.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

Ludwig Thiele

aus **Bünde i. W.**

ACAD. LIBRAT. BIBL.

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1910.

Diss Rostock 1910

3 8373

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Prof. Dr. Peters.

Die ungeahnten Fortschritte, die in den letzten Jahrzehnten auf dem Gebiete der neurologischen Forschung zu verzeichnen sind, sind auch in hervorragendem Maße der Augenheilkunde zugute gekommen, wie ja auch umgekehrt die Neurologie des Auges dem Neurologen von Fach die wertvollsten Aufschlüsse zu geben vermag. So erfreulich diese Fortschritte auch sind, so bleiben doch immer noch wichtige Streitfragen ungelöst, und es treten Meinungsverschiedenheiten scharf zutage. Insbesondere ist es die Hysterie mit ihren variablen somatischen und psychischen Erscheinungsformen, welche noch vielfach zu Diskussionen über das Wesen dieser eigenartigen Störungen Veranlassung gibt. Und wenn die neuere Entwicklung in der Lehre von der Hysterie ein größeres Schwergewicht auf die richtige Bewertung der Psyche gelegt hat und dadurch die Bedeutung der somatischen Symptome mehr in den Hintergrund gedrängt wird, so muß auch der Augenarzt diesen veränderten Verhältnissen Rechnung tragen, um den psychogenen Faktor richtig würdigen zu können.

Wenn zum Beispiel anfangs der neunziger Jahre in der ersten Zeit der Wirksamkeit des Unfallversiche-

rungsgesetzes von seiten der Augenärzte ganz besonderes Gewicht auf die Konstatierung konzentrischer Gesichtsfeldeinengung bei traumatischen Neurosen gelegt wurde, so war das bei der damaligen Lage der Dinge durchaus begreiflich, und es war auch gerechtfertigt, wenn man diesem Symptomenkomplex eine große diagnostische Bedeutung zuerkannte. Auffallend ist aber die Tatsache, daß an der Rostocker Augenklinik bei einer ganzen Reihe von einschlägigen Fällen das Symptom vermißt wurde, während Herr Professor Peters in seinem früheren Wirkungskreise in Bonn reichlich Gelegenheit hatte, Fälle zu sehen, wo nach Verletzungen konzentrische Einengungen des Gesichtsfeldes eintraten. Da die Hysterie in Mecklenburg nicht allzu selten ist, so bleibt nur die Erklärung übrig, daß sich die Bewertung des in Rede stehenden Symptoms geändert hat, und es erklärt Herr Professor Peters in seinen Vorlesungen diese auffallende Erscheinung dadurch, daß er bei der Untersuchung einschlägiger Fälle im Gespräch mit den Assistenten immer betone, es müsse auch das Gesichtsfeld geprüft werden, wenn auch dem gefundenen Resultate eine Bedeutung für die Beurteilung des Falles nicht zukomme. Seitdem in dieser Weise verfahren wird und durch an drei aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommenen Prüfungen Untersuchungsfehler nach Möglichkeit ausgeschaltet sind, ist in den letzten Jahren kein Fall von konzentrischer Gesichtsfeldeinengung bei Unfallneurosen beobachtet worden.

Mit Recht wird man aus diesem Beispiele ersehen können, daß die Art und Weise der Prüfung, kurz das Verhalten des untersuchenden Arztes dem Patienten gegenüber, von der allerhöchsten Bedeutung ist und daß man sich bei suggestiblen Personen hüten muß, Krankheitssymptome gewissermaßen in sie hinein zu suggerieren.

Nach dieser Richtung hin wird man auch bei den übrigen hysterischen Störungen im Bereich des Auges sehr vorsichtig sein müssen, z. B. bei der Prüfung der Sensibilität der Kornea und Konjunktiva und bei der Diagnose der hysterischen Amblyopie. In der weiteren Ausgestaltung der Lehre von der Hysterie wird die Bewertung dieser suggestiven Einflüsse bei der Entstehung der ersten Krankheitssymptome wohl sicher noch weit höher eingeschätzt werden, als es bisher geschehen ist.

Nach dieser Richtung sind auch von besonderem Interesse die monosymptomatischen Hysterien somatischer Art und die Hysterien, bei denen es sich lediglich um Abnormitäten des psychischen Verhaltens ohne körperliche Symptome handelt. Gerade die letztere Gruppe ist klinisch außerordentlich schwer gegenüber anderweitigen psychischen Anomalien abzugrenzen.

Wie schon früher von Peters hervorgehoben wurde, muß uns die genauere psychische Analyse in der Deutung dieser Fälle weiterbringen. So wird es auch wichtig sein, die Grenzzustände der einfachen Nachahmungssucht, der Autosuggestion, von den entwickelten Formen der Hysterie abzugrenzen.

Es gibt wohl kein Gebiet der Augenheilkunde, wo die Bedingungen für eine derartige Analyse besser gegeben werden, als auf dem Gebiet der von Peters so genannten autosuggerierten Myopie, welche wertvolle Anhaltspunkte für die psychische Entstehung von Augenstörungen zu liefern imstande ist.

Im Jahre 1893 schilderte Schnabel in einem Aufsatz ein eigenartiges Krankheitsbild, welches er als eine „Sehstörung durch Suggestion bei Kindern" bezeichnete. Den ersten Fall hatte er im Jahre 1884 beobachtet. Es handelte sich um einen Knaben, der emmetropisch gebaute Augen hatte, sich aber für kurzsichtig hielt. Nachdem zuerst mit — 4,0 D. volle Sehschärfe erzielt war, stellte sich später heraus, daß derselbe Effekt für die Ferne mit einem Planglase erreicht wurde und daß auch die Nahdistanz sich ganz bedeutend vergrößerte. Der Umstand, daß bei dieser Prüfung Konkavgläser durch die Akkommodation prompt überwunden wurden, veranlaßte Schnabel, von einem „Scheinbaren Akkommodationskrampf" zu sprechen. Über die Zugehörigkeit dieser Form zur Hysterie äußert sich Schnabel nicht. Ebensowenig berichtet er darüber, daß auf Hysterie gefahndet worden sei, sondern er stellt nur diesen scheinbaren Akkommodationskrampf der hysterischen Amblyopie gegenüber. Beiden Anomalien sei gemeinsam, daß ein Hindernis für das Zustandekommen von Gesichtswahrnehmungen bestehe und daß jene nur in der Vorstellung begründete Sehstörung schwände, wenn durch Vorsetzen von einer Brille in dem Kranken der Glaube erweckt werde, jenes

Hindernis sei beseitigt. Denn auch bei hysterischen Amblyopien genüge schon das Vorsetzen von Plangläsern oder gar von leeren Brillengestellen, um die Sehschärfe zu heben. Schnabel hebt hervor, daß seine Patienten vorwiegend Knaben im Alter von 10 bis 16 Jahren gewesen seien, und erklärt diesen Umstand dahin, daß der Wunsch, eine Brille zu besitzen, in jenen Fällen von scheinbarem Akkommodationskrampf die Autosuggestion auslöse, während Mädchen sich gewöhnlich vor dem Brillentragen fürchteten. Zum Beweise, daß es sich bei diesen Dingen wirklich um suggestive Einflüsse handle, führt Schnabel den Fall eines Mädchens an, das seine Mutter beim Tragen einer Konvexbrille beobachtet hatte und angab, ohne eine solche Brille feine Schrift in der Nähe nicht lesen zu können und er hebt mit Recht hervor, daß es sich hier um eine Folge von Vorstellungen handele, die sich in einem Falle auf das Nahe-, im anderen auf das Fernsehen beziehen. Zum Schluß seiner Ausführungen betont Schnabel noch besonders, daß, seit er diesen scheinbaren Akkommodationskrampf kenne, er keinen Fall von wirklichem Akkommodationskrampf mehr gesehen habe.

Später äußerte sich Schwarz in einem Vortrage „Über hysterische Sehschwäche“ vor der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg über die in Rede stehende Sehstörung. Die Herabsetzung der Sehschärfe könne ganz flüchtig sein und dies käme besonders bei Kindern vor. Er führt als Beispiel die eben erwähnten Fälle von Schnabel an, meint aber

irrtümlicherweise, „Schnabel habe auf die Übereinstimmung dieser Fälle mit der hysterischen Amblyopie hingewiesen, was nach den obigen Ausführungen aber nicht zutreffend ist, weil Schnabel nur hervorgehoben hat, daß sowohl die hysterische Amblyopie und der scheinbare Akkommodationskrampf durch Vorsetzen von Gläsern verschwinde. Schwarz stellt sich damit auf einen ähnlichen Standpunkt wie Wilbrand, der bereits im Jahre 1892, also vor dem Erscheinen der Schnabelschen Arbeit, über derartige Fälle berichtet, die er unter dem Bilde der „Asthenopia nervosa" beschreibt, welche einen Symptomenkomplex darstelle, der sich bei hysterischen Individuen finde und wobei außer der Herabsetzung der Sehschärfe Gesichtsfeldeinengungen mit Lichtscheu und Schmerzen bei der Naharbeit vorhanden sein sollen. Bei diesen Wilbrandschen Fällen würde auch gelegentlich mit Plangläsern Besserung der Sehschärfe erzielt, und es ist, wie Peters hervorgehoben hat, sehr wahrscheinlich, daß Wilbrand auch solche autosuggerierten Myopien vor sich gehabt, aber als hysterische Amblyopien gedeutet hat.

Auch Heß hat die Sehstörungen als solche, wie aus seiner 1898 erschienenen Arbeit hervorgeht, schon gekannt, indem er eine scheinbare Myopie durch Vorhalten von Plangläsern beseitigte und er hebt schon damals hervor, daß wohl mancher Fall von Akkommodationskrampf lediglich nur deshalb diagnostiziert worden sei, weil trotz emmetropischer Refraktion mit Konkavgläsern besser gesehen wurde. Über die eigent-

liche Natur der Sehstörung hat sich Heß damals jedoch nicht weiter geäußert. Er erwähnt nur, daß bei diesem scheinbaren Akkommodationskrampf Ungeschicklichkeit der Kinder und verschiedene psychische Einflüsse in Frage kämen.

Im Jahre 1899 erschien eine Arbeit von Peters, der an der Hand von 6 Fällen, 4 Mädchen und zwei Knaben, sich eingehender mit diesem Thema der autosuggerierten Myopie bei Schulkindern befaßt. Als gemeinsames Merkmal dieser 6 Fälle hebt Peters hervor, daß es sich um Schulkinder handle, die zum Teil Anzeichen der Hysterie boten, aber alle als psychisch nicht ganz normal, als nervös galten. Bei allen traten plötzlich die Symptome hochgradiger Kurzsichtigkeit auf, die durch Vorsetzen optisch unwirksamer Gläser aber sofort beseitigt wurden. Peters hebt hervor, daß man, obwohl es sich um zum Teil hysterische Individuen handele, die in Rede stehende Störung doch nicht ohne weiteres mit der hysterischen Amblyopie identifizieren dürfe, wie es Schwarz getan habe. Von der Autosuggestion einer Myopie für die Ferne und einer Amblyopie für die Nähe, wie Schnabel meinte, könne nicht die Rede sein, sondern es würde ganz korrekt eine Myopie für die Ferne und Nähe nachgeahmt. Die Patienten, die von der Vorstellung beherrscht seien, daß Gläsertragen das schlechte Sehen beseitige, bekämen, wenn man ihnen Plangläser, aber auch Konkav- oder Konvexgläser, die sie noch überwinden könnten, vorhalte, wieder volle Sehschärfe. Nach Peters bestehen die Unterschiede gegenüber der hysterischen

Amblyopie darin, daß hier die Störung nur dadurch beseitigt werde, daß man vorher den Patienten Heilung durch das Glas suggeriere. Doch versage dieses Mittel gar nicht so selten und meistens werde Besserung nur sehr allmählich und auch dann oft noch nicht einmal in vollem Umfange erreicht. Das Planglas wirke hier ähnlich wie Elektrisieren oder Einträuflung von unwirksamen Flüssigkeiten, wie ja auch, nach den Berichten früherer Autoren, blaue Gläser denselben Effekt haben. Bei der autosuggerierten Myopie dagegen bestehe die ganz spezielle Vorstellung, ohne Glas nicht sehen zu können. Ohne Zuhilfenahme jeglicher Verbalsuggestion werde so lediglich durch Vorhalten von Gläsern oder wie Heß hervorgehoben habe, durch Vorsetzen eines leeren Brillengestelles mit einem Schlage das Vorhandensein guter Sehschärfe für Ferne und Nähe erzielt. Es wurde nun nicht, wie es von Schnabel vorgeschlagen wurde, ein Planglas zur definitiven Beseitigung verordnet, sondern es genügte in allen Fällen die Einträuflung eines indifferenten Medikamentes und die Suggestion, daß es sich nur um ganz geringe Kurzsichtigkeit handle, die noch keiner Gläser bedürfe, und in 1—2 Tagen auf diese Weise zu heilen sei. Peters spricht sich dahin aus, daß es sich bei diesen Sehstörungen um die Äußererung von Hysterie oder verwandter Anomalien handele und verweist auf einen Fall, bei dem 2 Jahre nach der augenärztlichen Untersuchung schwere hystero-epileptische Krämpfe eintraten [1]). Peters

[1]) Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Professor Peters ergänze ich die Krankengeschichte dieses Falles dahin, daß die Patientin

macht weiterhin darauf aufmerksam, daß durch die übermäßige Annäherung der Objekte bei emmetropischer Refraktion leicht asthenopische Beschwerden auftreten können und hält es nicht für unwahrscheinlich, daß es sich bei dem von Wilbrand geschilderten Bilde der nervösen Asthenopie wohl öfters um derartige autosuggerierte Myopien gehandelt habe. Differentialdiagnostisch käme, wie bei vielen Fällen der Hysterie, Simulation in Frage, wobei man noch mit der Möglichkeit des Zusammentreffens mit Hysterie rechnen müsse, so daß dieselbe Kombination vorläge, die man nicht selten bei Unfallpatienten antreffe. Zum Schluß spricht sich Peters dahin aus, daß er in Übereinstimmung mit Schnabel annimmt, daß die autosuggerierte Myopie sicher öfters zur Diagnose eines Akkommodationskrampfes geführt habe, wenn zur Prüfung schwache Konkav- und keine Plangläser angewandt wurden, und daß der echte Akkommodationskrampf im Gegensatz zur autosuggerierten Myopie sehr selten sei.

In der ausführlichen Arbeit von Königshöfer über „Akkommodationskrampf", dessen Existenz durch mehrere Fälle bewiesen wird, gibt der Autor ausdrücklich an, daß er die ihm wohlbekannte autosuggerierte Myopie bei diesen Fällen in Rechnung gezogen habe und ebenso, wie Königshöfer, die autosuggerierte

---

später mit ihrer Familie zerfiel und wegen eines in Rußland ausgeführten Bombenattentates nach Sibirien deportiert wurde. Wenn dies auch nicht als ein Beweis für das Vorhandensein von Hysterie angesehen werden kann, so ist die Sache doch insofern interessant, als nach glaubhaften Mitteilungen russischer Ärzte unter den Revolutionären die Hysterie sehr verbreitet sein soll.

Myopie vom Akkommodationskrampf trennt, erwähnt zum Beispiel auch neuerdings Heine, daß die Fälle von autosuggerierter Myopie den Namen des Akkommodationskrampfes nicht verdienen.

Herrscht somit jetzt darin Übereinstimmung, daß die autosuggerierte Myopie mit einer Akkommodationsstörung nichts zu tun hat, so muß der psychische Faktor um so höher bewertet werden. Daß Schnabel und später Peters im Rechte waren, wenn sie eine Autosuggestion annahmen, geht zur Evidenz aus den Fällen hervor, die Peters in einer späteren Arbeit berichtete. Das früher geschilderte Krankheitsbild wurde zunächst dahin vervollständigt, daß die Sehstörung in weiter zur Beobachtung gekommenen Fällen nicht immer sofort durch ein Planglas beseitigt wurde, sondern daß scheinbares Vertauschen der Gläser mit stärkeren zu Hilfe genommen werden mußte und die Verbalsuggestion, daß man eine schärfere Brille vorsetze. Gerade dieser Umstand spricht nach Peters ganz besonders für den Ursprung aus der Autosuggestion, weil vielfach nicht der Wunsch Gläser, sondern starke Gläser zu tragen, zu Grunde liegt. Weiterhin macht Peters darauf aufmerksam, daß der Anstoß zu derartigen Sehstörungen meist in der Schule oder zu Hause erfolge. So ging in einem Falle der Impuls von der Beobachtung aus, daß der kurzsichtige Vater sich ohne Brille stark über die Arbeit beugen mußte. Das betreffende Kind bot einige Zeit darauf das Bild der autosuggerierten Myopie, nachdem es öfters den Wunsch geäußert hatte, auch eine Brille zu tragen.

Ein weiterer noch viel wichtigerer Beweis für die suggestive Natur der Störung wird von Peters dadurch erbracht, daß in einem Falle neben leichter Herabsetzung der Sehschärfe für die Ferne in der Nähe nur mit + 4,0 D. gelesen werden konnte. Die Annahme einer Akkommodationslähmung wurde dadurch hinfällig, als dasselbe durch Vorhalten eines Planglases erreicht wurde, wodurch auch die Sehschärfe für die Ferne normal wurde. Auf Befragen wurde festgestellt, daß der Junge häufig den Wunsch nach einer Brille geäußert habe, doch konnte über den Ursprung der Autosuggestion nichts ermittelt werden. Auch bei diesem Knaben handelte es sich um ein sehr erregbares, nervöses Kind. Im Anschluß an diesen Fall hebt Peters hervor, daß die Häufigkeit der Refraktionsanomalien und die Gelegenheit, sich in Schule oder Haus über derartige Dinge zu unterhalten, die Grundlage zu den autosuggerierten Sehstörungen um so eher bilden, wenn Reizbarkeit oder Hysterie den Boden vorbereitet.

Die Diagnose der autosuggerierten Sehstörungen unterliegt keiner Schwierigkeit, sobald die Sehschärfe normal ist. Daß man aber daran denken muß, daß ein auf Astigmatismus beruhender Augenfehler durch Autosuggestion eine Verstärkung erfahren kann, lehren zwei weitere Fälle von Peters, die ein Geschwisterpaar betrafen. Hier wurde die anfangs sehr defekte Sehschärfe ebenfalls mit einem Planglas erheblich gesteigert und die Störung, nachdem eine entsprechende Suggestivbehandlung stattgefunden hatte, durch Verord-

nung ganz schwacher Zylindergläser dauernd beseitigt. Über den Ursprung der Autosuggestion konnte nichts eruiert werden, ebensowenig wie eine greifbare somatische Anomalie zu finden war. Dagegen ist nachträglich, wie ich an dieser Stelle der früheren Krankengeschichte hinzufügen möchte, in der Aszendenz Hysterie festgestellt worden.

Es dürfte sich nunmehr verlohnen, an der Hand der an der Rostocker Augenklinik vorgekommenen Fälle die Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei den betreffenden Kindern greifbare Symptome der Hysterie vorhanden sind. Ich folgte daher gern der Aufforderung des Herrn Professors Peters, die seit Oktober 1901 an der hiesigen Klinik beobachteten Fälle zu sammeln und soweit wie möglich zu untersuchen.

Die Anzahl der seit Oktober 1901, also in einem Zeitraum von nahezu acht Jahren, an der hiesigen Augenklinik beobachteten Fälle von autosuggerierten Sehstörungen beträgt 32, soweit poliklinische Notizen vorhanden sind. In Wirklichkeit ist die Zahl wohl noch etwas größer, weil eine Reihe von Fällen nicht in das poliklinische Journal eingetragen wurde und zwar aus dem Grunde, weil die durch das Planglas erzielte Besserung zu unbedeutend war, um anderweitige bei der Sehprüfung vorkommende Schwankungen mit Sicherheit ausschließen zu können.

Genauere Krankengeschichten wurden von diesen 32 Fällen nicht angelegt, weil nach Möglichkeit eine eingehendere körperliche Untersuchung und ein genaueres Ausfragen vermieden werden sollte, um nicht

noch weitere suggerierte Störungen hervorzurufen und um die Suggestivbehandlung um so wirksamer zu gestalten. Diese bestand darin, daß den Kindern erklärt wurde, es handele sich nicht um eine bleibende Kurzsichtigkeit, sondern um einen vorübergehenden Krampfzustand im Auge, der in 1—2 Tagen nach Einträufelung von Tropfen auf immer verschwinden würde. Ein Tragen von Gläsern würde durch diese Behandlung glücklicherweise vermieden. Unter dieser Verbalsuggestion und der Einträufelung gerade zur Hand stehender Kokaintropfen wurden in der Mehrzahl der Fälle am nächsten Tage ohne Glas weitere Reihen der Snellenschen Tafeln auf sechs Meter Entfernung gelesen. Am zweiten Tag wurde dann die Sehschärfe für die Ferne ohne Glas als vollständig normal angegeben und es war auch der Nahpunkt auf 30 Zentimeter herausgerückt. Nur in einem einzigen Falle versagte diese Therapie, augenscheinlich deshalb, weil bei diesem Kinde die Absicht eine Rolle spielte, aus den Untersuchungen einige freie Schulstunden herauszuschlagen. Die Sehstörung verlor sich dann aber, als der Patientin mitgeteilt worden war, eine weitere Behandlung sei nicht nötig, die Sache werde von selbst in Ordnung kommen.

Eine genauere Untersuchung zur Zeit jener Sehstörungen erübrigte sich um so mehr, als die Disposition zu hysterischen Störungen erfahrungsgemäß bis zum Pubertätsalter nicht zu verschwinden pflegt, und deshalb konnte eine eingehendere Prüfung unbedenklich auf einen späteren Zeitpunkt verschoben

werden. Freilich war es, da es sich vorwiegend um poliklinisches Material handelte, bei der Fluktuation der Bevölkerung nicht möglich, alle Kinder zur Untersuchung zu bekommen. Immerhin ist es mir gelungen 12 Fälle genauer untersuchen zu können, über welche ich im folgenden etwas eingehender berichten möchte.

1. Emma D., 15 Jahre, Dienstmädchen. Kam am 29. IV. 04 und am 15. IX. 04 zur Augenklinik, beide Male mit denselben Erscheinungen. Sie hatte Schmerzen in den Augen, konnte in der Schule das an die Wandtafel Geschriebene nicht erkennen und mußte das Buch nahe vor die Augen halten.

Diagnose: Autosuggerierte Myopie.

Die Eltern sind gesund, ein Bruder der Mutter leidet an epileptischen Krämpfen. Sieben Geschwister sind im allgemeinen gesund, eine Schwester verfällt immer in Krämpfe, wenn sie ihren Willen nicht bekommt.

Patientin ist eigentlich nie krank gewesen, war aber immer schwächlich, hat nie Krämpfe gehabt. Sie ist sehr lebhaft und leicht aufgeregt, hat keine besonders rege Phantasie, träumt oft und hat oft Kopfschmerzen. Sie ist begabt, aufgeweckt und fleißig. Sie spielte sehr gern mit anderen Kindern und verhielt sich dabei wie ein Mädchen ihres Alters. Über die damalige Sehstörung weiß sie nichts mehr anzugeben, auch nichts über Freundinnen, die eine Brille trugen. Sie ist klein, schmächtig, von blasser Gesichtsfarbe.

Sehschärfe links $^5/_5$
rechts $^5/_7$, Javal 2,0 D. ⊢ Astigmatismus.
Gläser bessern nicht.

Korneal- und Konjunktivalreflexe vorhanden.

2. Emma K., 17 Jahre, Näherin. Kam am 30. V. 05 zur Klinik, weil seit einiger Zeit beim Lesen Schmerzen in den Augen auftraten. Sie mußte das Buch nahe halten und konnte nur von den ersten Schulbänken die Schrift an der Wandtafel lesen.

Sehschärfe links $^5/_9$; mit ± 0 $^5/_5$—$^5/_4$
rechts $^5/_7$; mit ± 0 $^5/_5$—$^5/_4$.

Diagnose: Autosuggerierte Myopie.

Sehschärfe am 2/VI. beiderseits ohne Glas $^5/_5$—$^5/_4$.

Eltern, Verwandten und fünf Geschwister sind gesund. Eine Schwester träumt viel und steht oft im Schlafe auf.

Patientin hatte in der Jugend Englische Krankheit, war sonst immer gesund. Hatte nie Krämpfe. Ist begabt und aufgeweckt, war nicht besonders fleißig in der Schule. Sie ist sehr lebhaft, hat eine rege Phantasie und log früher oft, träumt selten und spricht nicht im Schlafe. Sie leidet häufig an Kopfschmerzen. Beim Spielen verhielt sie sich wie andere Kinder. Sie gibt an, vor dem Auftreten der Sehstörung oft durch die Brille einer kurzsichtigen Mitschülerin gesehen zu haben, den Wunsch nach einer Brille hat sie aber nie gehabt.

Sehschärfe beiderseits $^5/_5$—$^5/_4$.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

3. Ella H., 16 Jahre, Dienstmädchen. Kam am 3. V. 06 zur Klinik, weil sie in den letzten Wochen Stechen in den Augen hatte und schlecht sehen konnte.

Diagnose: Autosugg. Myopie.

Eltern, Verwandten und ein Bruder gesund.

Patientin war kränklich, bis sie mit 8 Jahren nach dem Soolbad Sülze kam. Mit 7 Jahren hatte sie eine Auftreibung des Leibes, die 3—4 Wochen dauerte und im Anschluß daran eine 4wöchentliche Lähmung; nach den Angaben der Eltern lag sie ganz schlaff im Bett und konnte sich nicht rühren. Sie ist sehr lebhaft, leicht aufgeregt, stark nervös, hat keine lebhafte Phantasie, träumt nicht nachts, hat oft Kopfschmerzen. Sie war in der Schule sehr fleißig, aber wenig begabt. Sie spielte gern mit anderen Kindern. Über ihre damalige Sehstörung weiß sie nichts Genaueres mehr anzugeben. Der Wunsch nach einer Brille hat bei ihr nie bestanden. Sie ist lang aufgeschossen, mager und blaß.

Sehschärfe: Rechts und links $^5/_5$.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

4. Else D., 12 Jahre. Kam am 6. VI. 06 zur Klinik, weil sie starkes Flimmern vor den Augen hatte und nahe aufs Buch sehen mußte.

Sehschärfe: $^5/_7$—$^5/_8$; N_1 wurde in zirka 15 cm gelesen. Mit I 0 Sehschärfe $^5/_5$; N_1 in 15—40 cm.

Diagnose: Autosugg. Myopie.

Das schlechte Sehen und Flimmern verschwand nach einmaligem Einträufeln.

Mutter nervös, keine Krämpfe, Vater asthmatisch. Verwandten gesund. Keine Geschwister.

Patientin hatte in der Jugend Stimmritzenkrämpfe. Ist sehr lebhaft, nervös, phantasiebegabt, träumt oft, hat häufig Kopfschmerzen. Sie ist klug und fleißig. Über die damalige Sehstörung weiß sie nichts mehr anzugeben, auch nichts von einer Schulgefährtin mit Brille. Sie hatte nie den Wunsch nach einer Brille. Sie ist lang aufgeschossen, mager, blaß.

Sehschärfe beiderseits $^5/_5$.

Konjunktival- und Kornealreflexe fehlen beiderseits.

3. Herta M., 10 Jahre. Kam am 12. III. 08 wegen Schmerzen in den Augen und schlechten Sehens in die Klinik.

Sehschärfe rechts besser als links $^5/_{36}$. N_1 in 20 cm stockend. Mit $\pm$ 0 für Ferne $^5/_5$; N_1 in 10—40 cm.

Diagnose. Autosugg. Myopie.

Am 13. III. Sehschärfe ohne Glas $^5/_5$, N_1 in 10—40 cm.

Es sind keine Nervenkrankheiten in der Familie. Eltern und 6 Geschwister gesund. Vater leicht aufgeregt, Geschwister sehr lebhaft.

Patientin ist immer kränklich gewesen. Seit dem Schulbesuch wollte sie sich nicht recht entwickeln. Ist sehr lebhaft, hat eine rege Phantasie, träumt oft und spricht im Schlafe. Spielt gern mit anderen Kindern. Hat damals den Eltern gegenüber nie den Wunsch nach einer Brille geäußert. Auch unter ihren Freundinnen ist keine mit Brille. Sie ist klein, schmächtig und blaß.

Sehschärfe beiderseits $^5/_5$.

Hypästhesie der Konjunktiva und Kornea.

6. Hedwig H., 9 Jahre. Kam am 16. X. 08 wegen schlechten Sehens zur Klinik.

Sehschärfe beiderseits $^5/_{24}$; mit $\pm$ 0 $^5/_5$—$^5/_6$.

Diagnose: Autosugg. Myopie.

Eltern, Verwandten und 3 Geschwister gesund.

Patientin ist nicht lebhaft, hat keine rege Phantasie und träumt selten, hat oft Kopfschmerzen, lernt gut. Sie spielt gern mit anderen Kindern. Den Eltern gegenüber hatte sie damals oft geäußert, eine Brille möchte sie nicht tragen. Das Kind ist gut genährt, von blühendem Aussehen.

Sehschärfe $^5/_5$—$^5/_6$. Gläser bessern nicht. Javal negativ.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

7. Agnes S., 11 Jahre. Kam am 29. I. 09 zur Klinik wegen Schmerzen in den Augen und schlechten Sehens. Über die Art der Sehstörung keine Aufzeichnung. Rechts und links Hypermetropie von + 1,5 D.

Diagnose: Autosugg. Sehstörung.

Die Mutter leidet an Asthma, ist leicht aufgeregt; Vater, Verwandten und Geschwister gesund. Letztere alle leicht erregbar.

Patientin ist immer gesund gewesen, hat nie Krämpfe gehabt. Ist sehr lebhaft und unruhig. Sie ist sehr furchtsam und ängstigt sich sehr im Dunkeln.

Sie träumt oft, hat aber keine rege Phantasie. Sie ist aufgeweckt und lernt gut. Sie spielt gern. Sie hatte nie den Wunsch nach einer Brille. Sie ist blaß und schmächtig. Es besteht Neigung zu divergenter Ruhestellung der Augen.

Sehschärfe: Rechts $^5/_7$, links $^5/_6$. Mit + 1,5 D. beiderseits $^5/_5$.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

8. Emil B., 8 Jahre. Kam am 11. II. 09 wegen Flimmerns vor den Augen und weil er die Buchstaben an der Tafel nicht erkennen konnte, zur Klinik.

Diagnose: Autosuggerierte Myopie. Eltern, Verwandten und 2 Geschwister gesund. Letztere sehr lebhaft.

Patient hatte früher Rachitis. Ist sehr lebhaft, nervös, hat rege Phantasie, träumt oft, prahlt ziemlich leicht. Hat häufig Kopfschmerzen, ist aufgeweckt, klug und fleißig. Er hat große Lust zum Spielen. Über einen Freund mit einer Brille ist nichts zu eruieren. Den Wunsch nach einer Brille hat er nie geäußert. Er ist blaß und mager.

Sehschärfe beiderseits $^5/_6$. Gläser bessern nicht. Javal negativ.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

9. Walter S., 12 Jahre. Patient kam am 10. V. 09 in die Klinik wegen Schmerzen in den Augen und Flimmerns beim Zeichnen.

Sehschärfe links $^5/_6$, rechts $^5/_7$, mit ± 0 beiderseits $^5/_5$.

Es besteht Supraorbitalneuralgie. Diagnose: Autosugg. Myopie.

Am 12. V. sind die Symptome verschwunden.

Eltern, Verwandtschaft und ein Bruder gesund.

Patient ist immer gesund gewesen, hat nie Krämpfe gehabt. Ist sehr lebhaft, phantasiebegabt, träumt oft und spricht im Schlaf, hat keine Kopfschmerzen, ist klug und fleißig. Schon früher behauptete er schlecht zu sehen. Er hatte nie den Wunsch nach einer Brille. Er ist mittelgroß, blaß und mager.

Sehschärfe beiderseits $^5/_5$.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

10. Paul St., 18 Jahre, Sattlerlehrling. Kam am 7. VI. 09 in die Klinik wegen Flimmerns vor den Augen und schlechten Sehens.

Sehschärfe $^5/_{60}$. N_1 in 15 cm. Mit ± 0 $^5/_5$. N_1 in 15—40 cm.

Die Konjunktival- und Kornealreflexe fehlen.

Es sind keine Nervenkrankheiten in der Familie. Eltern, Verwandten und Geschwister gesund.

Patient ist immer gesund gewesen. Hat rege Phantasie, träumt oft und spricht laut im Schlafe. Ist gut begabt und fleißig. Verkehrt nie mit Freunden und hält sich immer für sich allein. Schon in der Schule traten Anfälle von Flimmern, Schlechtersehen und Schmerzen in den Augen auf. Er hatte oft den Wunsch, eine Brille zu tragen. Er zeigt gesundes Aussehen, ist kräftig gebaut.

11. Karl M., 14 Jahre, Lehrling. Kam am 19. VI. 09 zur Klinik, weil er in der letzten Zeit bei feineren Arbeiten Flimmern und Schmerzen in den Augen hatte. Er konnte schon in der Schule schlecht sehen, mußte die Bücher nahe halten und in der Nähe der Wandtafel sitzen.

Sehschärfe $^5/_{12}$, N_1 in 20 cm. Mit ± 0 $^5/_5$, N_1 in 10—40 cm.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

Diagnose: Autosugg. Myopie.

Großvater mütterlicherseits und Brüder der Mutter an Lungentuberkulose gestorben. Verwandte von seiten des Vaters gesund. Die Mutter hat 6 Aborte durchgemacht und leidet beständig an Kopfschmerzen. Zwei Geschwister sind blaß und anämisch.

Patient ist immer gesund gewesen. Ist sehr lebhaft, träumt viel und spricht im Schlafe, steht fast jede Nacht im Traume auf. Hat oft Kopfschmerzen. In der Schule hatte er keine rechte Lust zum Arbeiten und kam nicht vorwärts. Ist noch sehr kindlich und spielt gerne. Er hatte nie den Wunsch nach einer Brille. Von einem Freunde mit einer Brille weiß er nichts anzugeben. Er ist mittelgroß, kräftig gebaut, zeigt gesunde Gesichtsfarbe.

12. Olga Kr., 12 Jahre. Wird am 5. VIII. 09 von einer Verwandten, bei der sie zu Besuch ist, zur Klinik gebracht mit der Angabe, daß die seit acht Jahren bestehende Kurzsichtigkeit zugenommen habe.

Es findet sich beiderseits myopischer Astigmatismus und es wird die Sehschärfe angegeben.

Links ohne Glas $^5/_{11}$, mit — 3,5 cyl. $^5/_9$ — $^5/_8$. Rechts ohne Glas $^5/_{24}$, mit — 3,5 cyl. $^5/_{11}$ — $^5/_{10}$.

Diese Sehschärfe wurde nach längerem Probieren festgestellt, nachdem sie ohne Glas geschwankt und mit schwachen Konvexzylindern etwas besser angegeben worden war.

In der Nähe wird N_1 in 15 cm gelesen. Über diese Entfernung hinaus wird auch größere Druckschrift nicht erkannt. Durch Vorsetzen von Plangläsern wird diese Distanz sofort auf 25—30 cm vergrößert.

Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden.

Eltern und Verwandten gesund. 2 Brüder sehr lebhaft.

Patientin ist immer gesund gewesen, hat nie Krämpfe gehabt. Ist sehr lebhaft, hat rege Phantasie und träumt oft. Hat häufig Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen. Spielt gern mit anderen Kindern. Sie hat sich immer vor dem Brillentragen gefürchtet. Ist blaß, mager und lang aufgeschossen.

Überblicken wir zunächst einmal das gesamte Material, so haben wir, die früher in seinen beiden Arbeiten von Peters mitgeteilten Fälle 6 + 3 eingeschlossen, im ganzen 41 Fälle, bei denen es sich 37 mal um autosuggerierte Myopie, einmal um autosuggerierte Hypermetropie und dreimal um ein erhebliches Hereinrücken des Nahepunkts handelte, welches durch den vorhandenen Astigmatismus nicht erklärt

werden konnte und durch Suggestivbehandlung beseitigt wurde.

Was zunächst an diesen Zahlen auffällt, ist ein vorwiegendes Betroffensein von Mädchen im Gegensatz zu Knaben (31 Mädchen und 10 Knaben), ein Verhältnis, das den Angaben von Schnabel widerspricht, der die Sehstörung vorwiegend bei Knaben beobachtet hatte.

In diesen Zahlen kommen doch einigermaßen Beziehungen zur Hysterie zum Ausdruck, als diese beim weiblichen Geschlecht entschieden überwiegt. In den neun von Peters mitgeteilten Fällen war mehrere Male Hysterie bei den Kindern oder in der Aszendenz zu konstatieren und hier handelte es sich vorzugsweise um Privatpatienten, deren Verwandtschaft ebenfalls bekannt war. In einigen Fällen wurde jedoch nichts derartiges eruiert.

Bei den übrigen 32 Kindern, die vorwiegend dem poliklinischen Material angehören, wurden zur Zeit der Sehstörungen nur selten Erscheinungen der Hysterie somatischer Art beobachtet, soweit sie bei oberflächlicher Untersuchung zu erkennen sind. Die Konjunktival- und Kornealreflexe wurden jedesmal geprüft und mehrmals ihr Fehlen konstatiert.

Bei den zwölf Fällen, die ich zum Teil nachträglich, zum Teil mit den frischen Erscheinungen genauer untersuchen konnte, war zweimal Anästhesie der Konjunktiva und Kornea vorhanden. Bei einem Kinde wurde in der Anamnese von den Eltern angegeben, daß früher einmal Auftreibung des Leibes und darauf

schlaffe Lähmung des ganzen Körpers vorhanden gewesen sei, die sich nach 4 Wochen ohne Spur verloren habe. Krämpfe und sonstige somatische Symptome von Hysterie fehlten in allen Fällen.

Von Erkrankungen in der Familie konnte ich in einigen Fällen etwas über nervöse Leiden erfahren. In einem ist der Bruder der Mutter Epileptiker, in zwei anderen leiden der Vater beziehungsweise die Mutter an Asthma. In mehreren Familien sind die Eltern leicht aufgeregt und nervös. Als Besonderheiten bei den Geschwistern war oft blasses Aussehen und große Lebhaftigkeit vorhanden, in einer Familie traten bei einer dreijährigen Schwester immer Krämpfe auf, wenn sie ihren Willen nicht bekam.

Ist so die Ausbeute an somatischen Symptomen der Hysterie bei den Patienten und in deren Verwandtschaft nur gering, so ist der äußere Habitus und das psychische Verhalten der Kinder sehr bemerkenswert. In der Mehrzahl handelt es sich um blasse, kleine und zurückgebliebene oder lang aufgeschossene und magere Kinder. Der erethische Typus wiegt vor, sie sind meist sehr lebhaft und unruhig. „Das Kind kann nicht ruhig auf dem Stuhle sitzen", so sagten mir häufig die Eltern. Die Stimmung ist fast durchweg eine leicht reizbare, sie sind nervös und leicht erregbar. Ihre Phantasie ist meist sehr rege, sie träumen oft, sprechen laut im Schlafe, ein Knabe steht fast jede Nacht im Traume auf und wird am folgenden Morgen von den Eltern auf dem Fußboden schlafend gefunden. Das Gros gehört zu den geistig begabteren; es sind aufgeweckte,

kluge und fleißige Kinder. Meist leiden sie häufig an Kopfschmerzen. Die Mehrzahl spielt sehr gern mit anderen Kindern und ist ihrem Alter nach noch sehr kindlich. Seltener halten sie sich abseits von Gespielen und gehen scheu und still ihre eigenen Wege. Das Alter der Patienten ist meist 8—12 Jahre. Doch kommen diese Sehstörungen auch früher oder später vor.

Damit haben wir gemeinsame psychische Anomalien bei den betreffenden Kindern festgestellt, die wir aber wohl nicht ohne weiteres mit der Hysterie identifizieren dürfen. Da aber, wie aus einzelnen von Peters beschriebenen Fällen hervorgeht, sich das volle Bild der Hysterie später bei den Kindern entwickeln kann, so wird man gut tun, die weitere Entwicklung der Kinder seitens des Hausarztes überwachen zu lassen und bei der Eliminierung der Sehstörung auf dem Wege der Suggestion alles zu vermeiden, was den Kindern Veranlassung geben könnte, weitere Störungen nachzuahmen.

Was noch vor allem an diesen Fällen interessiert, ist die Frage: „Welches Moment veranlaßt die Kinder bei gesunden Augen eine Sehstörung vorzutäuschen?“ Wie mir nach fast allen Fällen scheint, besteht das Primäre bei den Kindern nicht in dem Wunsche, eine Brille tragen zu dürfen, wie es Schnabel meint. Den Eltern gegenüber äußern sie oft, eine Brille möchten sie nicht tragen. Da die Symptome der Kurzsichtigkeit ganz korrekt nachgeahmt werden, so liegt die Annahme nahe, daß die Kinder Gelegenheit gehabt haben, kurz-

sichtige und brillentragende Kinder genauer zu beobachten, woran sich dann direkt die Nachahmung der Symptome anschließt. Wo in der Anamnese keine Anhaltspunkte für diese Annahme zu gewinnen waren, haben die Kinder es wohl vergessen, — meist lag die Sehstörung ja auch schon Jahre zurück — oder es ist ihnen nicht recht zum Bewußtsein gekommen. Man wird wohl für die meisten Fälle annehmen dürfen, daß, wenn ein myopisches Kind von den Untersuchungen und den Erlebnissen in der augenärztlichen Sprechstunde erzählt, dieser Umstand die Veranlassung zu dem Wunsche abgibt, ebenfalls untersucht zu werden, wobei vor allem die starke Annäherung an die Objekte die Angaben der Kinder begründet erscheinen läßt. Daß aber auch einmal der Wunsch nach einer Brille eine autosuggerierte Sehstörung hervorrufen kann, darauf deutet der oben zitierte Fall 10 hin.

Ganz besondere Aufmerksamkeit verdienen auch die Fälle, in denen, wie es dreimal beobachtet wurde, Astigmatismus das tatsächlich schlechte Sehen für die Ferne abgibt. Wenn auch durch Plangläser Besserung erzielt werden konnte, so tritt sie doch wegen der wirklich vorhandenen Amblyopie nicht so hervor wie bei der Nahprüfung. Angesichts dieser Fälle muß man sich die Frage vorlegen, ob nicht häufiger die geringfügigste Refraktionsanomalie den ersten Grund zu einer solchen Autosuggestion abgibt, welche auch vorhandene Myopie viel stärker erscheinen lassen kann. Die Fälle, in denen über Gebühr die Objekte den Augen genähert werden, fordern dazu auf, auch mit der Möglichkeit

zu rechnen, daß hier ein Herausrücken des Nahepunktes durch Plangläser möglich ist. Der systematische Gebrauch von Plangläsern bei der Refraktionsprüfung von Schulkindern kann auf Grund der Erfahrungen an der Rostocker Augenklinik sehr befürwortet werden.

Diese autosuggerierten Sehstörungen sind sicher die häufigsten psychogenen Anomalien, die im Bereich des Auges vorkommen. Wenn schon an einer Klinik diese Fälle so zahlreich sind, wie häufig müssen sie dann überhaupt sein. Sehr zu verwundern ist es, wenn in dem erst kürzlich erschienenen Artikel „Über organogene und psychogene Erkrankungen im Bereiche des Auges“ von O. Schirmer, in dem unter anderm enorm seltene Vorkommnisse psychogener Störungen, wie z. B. die kompletten doppelseitigen hysterischen Amaurosen erwähnt werden, der autosuggerierten Sehstörungen mit keinem Wort gedacht wird. Die praktische Wichtigkeit, die bei richtigem Erkennen solcher Vorkommnisse noch durch geeignete Behandlung den Ausbruch einer Hysterie eventuell verhindern läßt, fordert dazu auf, diesen Sehstörungen ein besonderes Interesse entgegenzubringen und ihre Kenntnis in den Reihen der praktischen Ärzte zu fördern.

Zum Schluß bleibt mir die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Peters für die freundliche Überlassung des Themas und für die bei der Ausführung der Arbeit gewährte Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Axenfeld, Lehrbuch der Augenheilkunde. 1909.

Heß, Anomalien der Refraktion und Akkommodation des Auges. Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde, 1903, 8. Bd.

Heß, Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Lehre von der Kurzsichtigkeit. Akademisches Programm. Marburg 1898.

Königshöfer, Akkommodationskrampf. Ophthalmologische Klinik 1906 und 1907.

Peters, Über autosuggerierte Myopie bei Schulkindern. Zeitschrift. für Augenheilkunde, Bd. II, 1899.

Peters, Zur Frage der Sehstörungen durch Autosuggestion. Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. XII, 1904.

Schnabel, Über eine Sehstörung durch Suggestion bei Kindern. Prager medizinische Wochenschrift 1894.

Schwarz, Über hysterische Sehschwäche. Sitzungsberichte der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg 1895.

Wilbrand, Die Sehstörungen bei funktionellen Nervenleiden. Leipzig 1892.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ludwig Friedrich Johannes Thiele, katholischer Konfession, wurde geboren am 23. Januar 1885 zu Bünde in Westfalen als Sohn des Zigarrenfabrikanten Karl Thiele. Nachdem er die Volks- und Knabenschule seiner Vaterstadt besucht hatte, kam er Ostern 1900 auf die Untersekunda des humanistischen Gymnasiums zu Meppen, das er Ostern 1904 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Nach fünfsemestrigem Studium in Freiburg und Göttingen (1:4) bestand er im Juli 1906 in Göttingen die ärztliche Vorprüfung. Vom 1. Oktober 1906 bis zum 1. April 1907 diente er mit der Waffe im königlich bayrischen Infanterie-Leib-Regiment in München. Im Sommersemester 1906 studierte er in Greifswald und in den folgenden in Rostock, wo er die ärztliche Staatsprüfung am 15. November 1909 beendete.